

結核患者入院・診察依頼票

依頼日 年 月 日

* お手数ですが、電話にて連絡を頂いた後、必要事項を記入して、診療情報提供書と共に受け付け時間内に地域医療連携室にFAXしてください。

地域医療連携室 直通TEL048-769-1970 FAX048-769-1971
受付時間: 月～金(8:30～17:15)

(ふりがな)			
患者氏名:	男・女	生年月日 M・T・S・H	年 月 日
患者住所:		電話番号	- -
結核発生届:(済・未)	当院受診歴: 有・無		
《提出済みの場合、コピーの添付をお願いします》	健康保険: 有・無・生保		
医療機関名:	病院・医院	代表電話番号	- -
担当医師名:	診療科:		
連絡担当者:	職種:	連絡先番号	- -

以下に○印、またはご記入をお願いします。

患者現状	: 外来患者・入院患者(入院日 /)・施設入所
診断名	: 肺結核・粟粒結核・胸膜炎・肺外結核()
抗酸菌	: 塗抹(陽性・陰性) ⇒ 喀痰・胃液・胸水・その他()
	※下記の①または②で結核菌と同定されていることが必要です。
※{	① 上記検体結核増幅同定検査 (PCR法・TMA法・LAMP法) 陽性・陰性・検査中・未実施
	② 培養検査 陽性・陰性・検査中
	↳ (結核菌と同定: 済・未)
合併症/特記事項:	喀血・吐血・意識障害・人工呼吸管理・人工透析・アルコール依存症の有無 その他()

酸素使用	: 無・有(酸素 ℓ/分) SPO2(%)
認知症	: 無・有(徘徊・暴力・せん妄・不穏・その他_____)
精神科疾患	: 無・有 病名()
ADL	: 自立・トイレ歩行程度可能・ベッド上
食事	: 自立・介助・経管栄養(胃瘻・経鼻、その他_____)・IVH
排泄	: 自立・ポータブル・オムツ・バルーン留置・その他
感染症	: 無・不明・有(検体: 痰、尿、その他_____)
	有の場合 (MRSA、多剤耐性緑膿菌、ESBL産生菌、 多剤耐性アシネトバクター、疥癬、バンコマイシン耐性腸球菌、その他_____)

◎結核菌の排菌が陰性化した場合の貴院への受入れをお願い致します。

※受入先が無い場合、菌陰性化後に貴施設で受け入れていただくことになっております。 □了解しました
(感染症法では、菌陰性化の基準を満たすと退院していただくことになります。) ↑チェックをお願いします

* 精神科疾患の方、透析中の方、入院中の禁煙の守れない方等は、当院の受け入れが出来ない場合があります。